

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 60

LE

CHANCRE SYPHILITIQUE DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

René-Edmond-Marie ARNAULD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAINTES (Charente-Inférieure), le 24 juin 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur.....	Président.
		CASSAËT, professeur.....	{ Juges.
		CREYX, professeur.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 60

LE

CHANCRE SYPHILITIQUE DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

René-Edmond-Marie ARNAULD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAINTES (Charente-Inférieure), le 24 juin 1909.

Examineurs de la Thèse	}	MM. PETGES, professeur.....	Président.
		CASSAËT, professeur.....	Juges.
		CREYX, professeur.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....	Clinique dentaire.....		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Je leur dois tout : qu'ils reçoivent ici
l'hommage de toute ma tendresse et de
ma reconnaissance.

A MES FRERES — A MA SŒUR

A MES PARENTS.

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

AU DOCTEUR P. LEONARD

Médecin du Dispensaire de Salubrité de la Ville.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOULIA

Nous lui témoignons toute notre sympathie et notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés et l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé,

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il nous soit permis de le remercier
ici pour le grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE

CHANCRE SYPHILITIQUE

DU VAGIN

INTRODUCTION

Dans le service de M. le Professeur agrégé Joulia, nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas de chancre syphilitique du vagin chez une prostituée.

Comme cette lésion passe pour être la plus rare localisation des chancres génitaux, elle nous a tout de suite intéressé. Dans la suite, nous avons demandé à M. le Professeur Joulia d'en faire le sujet de notre thèse; il a accepté de nous diriger dans ce travail et a bien voulu mettre à notre disposition sept observations inédites de chancres du vagin.

Notre but a été, à l'occasion de la publication de huit observations inédites, de rechercher dans la littérature médicale tout ce qui était susceptible d'éclairer cette question encore obscure à certains points de vue et de réunir dans un ouvrage modeste et simple toutes les notions utiles pour un médecin désireux de se documenter sur cette question, s'attendant à juste titre à rencontrer dans sa pratique un ou plusieurs cas semblables. Car il n'est pas douteux que plus l'attention des

médecins sera attirée de ce côté, plus ils observeront fréquemment de chancres du vagin.

Ce travail est divisé en six chapitres. Nous commençons par un historique sur les principaux écrits concernant le chancre induré du vagin. Dans le second chapitre, nous rappelons les principales théories qui expliquent la rareté du chancre infectant du vagin.

Le troisième chapitre est consacré à la relation des huit observations de chancres du vagin que nous avons pu recueillir à Bordeaux.

Le quatrième chapitre est consacré à l'étude clinique.

Dans le cinquième chapitre, nous traitons du diagnostic différentiel avec les principales lésions susceptibles de faire hésiter le médecin.

Dans le dernier chapitre, nous parlons assez rapidement du traitement des chancres du vagin.

Nous terminons par de courtes conclusions.

Mais, avant de commencer ce travail, nous sommes heureux de remercier ici bien sincèrement M. le Professeur agrégé Joulia pour les conseils, l'enseignement et la bienveillance qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

M. le Docteur Léonard a bien voulu s'intéresser à notre travail en nous prêtant des documents et en nous fournissant une observation très intéressante, nous l'en remercions beaucoup.

Nous exprimons respectueusement nos sentiments de profonde gratitude à M. le Professeur Petges, qui a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Autrefois, le toucher vaginal était le seul moyen d'exploration clinique des lésions de cet organe.

En 1816, Récamier introduit le spéculum dans la pratique.

En 1832, Ricord, le premier, l'applique à l'étude des affections vénériennes. C'est donc de cette époque que datent nos connaissances sur les ulcérations du vagin d'origine vénérienne, car, auparavant, « l'examen, dit Ricord, ne pouvait avoir lieu sur un grand nombre par la disposition des parties que jusqu'au niveau des caroncules myrtiformes, et chez les autres seulement un peu au-dessous d'elles, en sorte que, de cette manière, plus de la moitié supérieure du vagin et le col de l'utérus échappaient à cette investigation qui, au jour de la sortie, allait souvent faire accorder à tort un certificat de santé ».

De plus, en 1860, le même auteur, dans ses *Leçons sur le chancre*, écrit au sujet de l'induration du chancre infectant : « qu'il est des régions anatomiques où l'induration se dessine mal, devient fort difficile à apprécier et disparaît rapidement. Ainsi sur la muqueuse, sur les caroncules myrtiformes, à l'anus, etc. L'induration ne s'y produit qu'en surface; encore y est-elle extrêmement légère et, quoique suffisamment accusée pour une main attentive et habile, fort difficile à percevoir pour les doigts novices et inexpérimentés. »

En 1860, également, Cuillerier, dans son précis iconographique des maladies vénériennes, dit : « Le chancre du vagin est rare; celui du col l'est beaucoup moins. »

En 1865, Lancereaux, au sujet des différentes localisations de l'accident primitif, fait remarquer que « rarement cet accident s'est rencontré sur les parois du vagin. Le vagin est rarement affecté dans les diverses périodes de la syphilis; jusqu'ici, du moins, on connaît peu d'altérations de ce conduit auxquelles il soit possible d'attribuer sûrement une origine syphilitique ».

Desprès, en 1869, va même jusqu'à nier chez la femme le chancre induré comme accident initial d'une syphilis dans les *Archives générales de médecine*.

Puis en 1875, dans son traité des maladies vénériennes, Julien écrit : « Dans le vagin, au delà de l'anneau vulvaire, qui en marque la limite inférieure, rien de plus rare que les lésions syphilitiques, je dirai même rien de plus problématique » et il fait remarquer la singulière immunité du vagin plus marquée encore pour le chancre huntérien que pour le chancre simple.

En 1879, Cornil, dans ses leçons sur la Syphilis, écrit « qu'il est douteux qu'on ait jamais observé un seul chancre infectant du vagin ».

La même année, dans son *Manuel pratique de gynécologie*, de Sinety dit que « les manifestations de la syphilis sont peu fréquentes sur le vagin. Le chancre y est tout à fait exceptionnel; quand il existe, c'est surtout vers la région vulvaire ou vulvo-vaginale et alors la lésion est aussi bien vulvaire que vaginale ».

Enfin, dans son *Traité de la Syphilis*, Fournier dit lui aussi que « les chancres du vagin sont tellement rares qu'on n'en saurait déterminer exactement la symptomatologie ».

Il faut arriver jusqu'en 1881 pour trouver dans la thèse de Gordillon une étude documentée des chancres du vagin, avec quatre observations de chancres syphilitiques de cet organe.

Puis, en 1896, Rille signale onze cas et en 1904 vingt et un cas de chancres syphilitiques du vagin.

Dans une statistique faite dans le service du professeur Gaucher en 1914, portant sur dix ans et comportant 1.482 ma-

lades chez lesquelles le chancre syphilitique a pu être nettement localisé, le docteur Bobrie, de La Rochelle, ne signale que quatre cas de chancre des parois vaginales.

En 1916, les docteurs Gehhorn et Ehrenfert écrivent au sujet du chancre infectant du vagin que de l'absence de symptômes définis, tels que la douleur ou l'écoulement vaginal, et du peu de signification que présentent les cicatrices consécutives, résulte dans un grand nombre de cas l'erreur ou l'inhabileté à établir un diagnostic exact de cette lésion et, selon eux, les chancres primitifs du vagin sont rares, probablement à cause de certains caractères histologiques et biologiques de cet organe. Le signe typique de la sclérose d'une membrane muqueuse, c'est-à-dire le caractère parcheminé, ne dure comme règle que très peu de temps. Dans les circonstances ordinaires la *restitutio ad integrum* ayant lieu au bout de deux semaines, le diagnostic rétrospectif est pour ainsi dire impossible.

En fin 1923, la thèse de Lhuillier comporte une étude très intéressante de la question et il rapporte quatorze observations de chancres syphilitiques du vagin; mais nous nous permettons de souligner que sur ces quatorze cas quatre seulement présentent un caractère scientifique indiscutable dont le diagnostic clinique est confirmé par une recherche de tréponèmes et par réaction sérologique positives.

Tout récemment, enfin, en 1931, Lakaye publie dans les *Annales des maladies vénériennes* le résumé de seize cas de chancres syphilitiques du vagin observés à l'hôpital des Récollets à Liège de 1917 à 1931. Pour chacun de ces cas, le diagnostic clinique a été confirmé par les recherches ultramicroscopiques et par la réaction de Wassermann.

Nous n'avons pas cité ici, dans un historique assez rapide, les auteurs qui, à l'occasion d'une ou de plusieurs observations personnelles, se sont bornés à faire quelques remarques particulières aux cas qu'ils publiaient, nous réservant de les citer plus loin à propos de l'étude des différentes formes cliniques du chancre du vagin. L'impression qui

résulte de cet historique, c'est que l'idée de possibilité de chancre du vagin, d'abord controversée énergiquement et même niée, prend de plus en plus d'importance au fur et à mesure que des cas nouveaux sont signalés, bien que ceux-ci restent encore peu nombreux, et ceci nous incite à essayer d'expliquer dans notre deuxième chapitre pour quelles raisons le chancre du vagin reste une rareté.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Nous allons étudier dans ce chapitre et les conditions qui sont favorables au développement du chancre du vagin et les raisons qu'on a invoquées pour expliquer sa rareté.

Et d'abord, les chancres du vagin s'observent de préférence chez des femmes jeunes, en général entre la vingtième et la trentième année, et ce sont les prostituées qui font l'objet du plus grand nombre d'observations : ceci est le fruit de la seule observation des faits. C'est ainsi que Rille, qui a publié 21 cas de chancres syphilitiques du vagin, signale qu'il a observé plus de cas de syphilis primaire à Vienne que plus tard à Leipzig, où les prostituées étaient en général plus âgées.

On peut invoquer deux raisons pour expliquer pourquoi l'on trouve plus fréquemment les chancres du vagin chez les prostituées ; c'est, en premier lieu, parce que celles-ci sont soumises à des visites fréquentes et examinées par des médecins très avertis qu'on a le plus de chances de découvrir chez elles l'accident primitif, alors que d'autres femmes ne se décideront pas de sitôt, vu leur peu de symptômes fonctionnels, à subir un examen complet au spéculum.

En second lieu, l'on est obligé d'admettre que les prostituées, qui abusent souvent des agents chimiques caustiques à usage intravaginal et qui, d'autre part, sont plus souvent que d'autres, de par leur situation même à subir des écorchures de leur muqueuse vaginale, soit par des coups d'ongle, soit avec le bout d'une canule, soit par des coïts

trop fréquents, sont particulièrement exposées de ce fait à présenter des portes d'entrée plus nombreuses à l'infection syphilitique. On peut citer à l'appui de cette thèse un cas de chancre induré du vagin de Bockart, de Wiesbaden, qui indique comme cause première de cette localisation l'emploi presque continu de préservatifs irritants au cours de coïts répétés de façon excessive.

A l'appui de cette conception d'ulcérations favorisant l'apparition de chancres syphilitiques du vagin, on peut également citer ce cas de Rille d'une femme mariée de 52 ans, chez laquelle la structure du vagin était d'une solidité et même d'une rigidité tout à fait considérables, et qui reste tout à fait isolé, les chancres du vagin ne se rencontrant que tout à fait exceptionnellement à un âge aussi avancé; mais, dans ce cas, la possibilité de l'infection primaire sur le vagin et les culs-de-sac s'expliquait par un prolapsus utérin considérable provoquant constamment des lésions mécaniques sur le vagin, qui devait s'évaginer également.

Néanmoins, les chancres du vagin, même chez les prostituées, si on les compare aux autres chancres du tractus génital, sont d'une extrême rareté. Pour quelles raisons ? Déjà Fournier avait essayé de résoudre la question.

« Cela n'est-il pas extraordinaire ? dit-il; il semblerait qu'en raison de sa forme, de son étendue, de ses fonctions, le vagin dût être très fréquemment affecté par le chancre : en raison de sa forme, qui est celle d'un cylindre rétréci dans sa portion inférieure, et évasé supérieurement de façon à constituer une ampoule qui favorise la stagnation des liquides; en raison de son étendue, qui est considérable (déplissée, sa muqueuse offrirait une surface dix fois supérieure à celle de la vulve); en raison enfin et surtout de ses fonctions.

» N'est-ce pas lui qui embrasse la verge dans l'acte sexuel, et qui, à ce moment, se trouve en contact immédiat avec les parties qui, chez l'homme, sont le siège le plus habituel des lésions contagieuses ? A tous ces titres, ce serait lui qui le plus rationnellement devrait recevoir le plus fréquemment

la contagion. Eh bien ! chose bizarre, c'est lui qui la reçoit le plus rarement. Quel est le secret de cette étonnante immunité ? Faut-il la rapporter à quelque condition anatomique, telle que la résistance de la muqueuse vaginale, laquelle est formée d'un tissu conjonctif très dense, très riche en fibres élastiques et doublé en outre d'un épithélium très épais ? Faut-il l'attribuer à ce que le vagin est moins exposé aux froissements et aux déchirures que la vulve et le détroit vulvaire ? Peut-on supposer encore que les liquides de provenance utérine ou vaginale qui baignent habituellement cet organe constituent pour lui un enduit protecteur, ou bien que les sécrétions de l'acte sexuel contribuent par elles-mêmes à débayer le vagin des produits virulents qu'elles entraînent vers la vulve ? Tout cela est bien hypothétique, en vérité, mais si l'explication nous manque, le fait n'en est pas moins réel. »

Barbiani croit que le motif de la rareté de la syphilis primaire vaginale serait à rechercher dans la sécrétion acide du vagin. Dans les cas qu'il a observés, cette sécrétion réagissait fortement aux alcalins.

Pour Belgodère, les spirochètes de la syphilis pénétraient avant tout dans les canaux excréteurs des glandes, et l'absence de glandes à l'intérieur de la muqueuse vaginale expliquerait l'absence de chancres. Or l'existence de glandes est contestée par la plupart des anatomistes, mais serait possible dans des cas exceptionnels.

Branca dit qu'on peut trouver aux deux extrémités du vagin des glandes, dans certains cas anormaux, glandes qui seraient en haut des glandes utérines et en bas des glandes erratiques, sébacées ou glandes vulvo-vaginales d'origine vulvaire. Malheureusement il existe des chancres sur la partie médiane du vagin où l'on ne constate jamais de glandes et de ce fait la conclusion du Docteur Belgodère ne saurait être prise à la lettre.

L'explication de Gluck semble peu plausible; selon lui,

les sécrétions infectantes restent attachées à la vulve avant même l'intromission du pénis dans le vagin.

A notre avis ce n'est pas telle ou telle de ces conditions prise isolément qui met si souvent le vagin à l'abri de la contagion; c'est à l'ensemble de ces conditions qu'est dû ce fait, si singulier en apparence : cette immunité prétendue plus apparente que réelle.

Et il n'est peut-être pas superflu de faire remarquer ici que très vraisemblablement on a tendance à croire le chancre du vagin encore plus rare qu'il n'est en réalité, et sans parler des examens par trop sommaires où le chancre du vagin passe tout à fait inaperçu, il peut arriver parfois que les valves d'un spéculum cachent aux yeux de l'observateur un ou même plusieurs accidents primitifs du vagin. Témoin cette observation de Spillmann, dans laquelle l'examen génital fait au spéculum n'avait rien permis de constater, mais en faisant pivoter son spéculum, l'auteur constata au voisinage du col deux érosions indurées siégeant, l'une sur la paroi antérieure du vagin, et l'autre sur la paroi postérieure. Ces deux érosions indolores, qui n'étaient autres que deux chancres muqueux vaginaux, avaient été masquées au cours des examens antérieurs par les valves du spéculum qui venaient exactement s'appliquer contre elles.

Les cas de ce genre prouvent, dit l'auteur, qu'il ne faut pas se contenter au cours d'un examen génital au spéculum de laisser l'instrument dans une position unique. Il faut être sûr, en le faisant pivoter sur lui-même, de démasquer successivement toute l'étendue des parois vaginales.

Notons que 6 de nos observations sur 8 concernent des femmes qui étaient examinées complètement une ou deux fois par semaine. Des examens fréquents et complets sont le moyen le plus sûr de dépister au début les chancres du vagin.

A propos de la fréquence comparée des chancres syphilitiques localisés au vagin et de ceux qui sont situés dans une autre partie de la sphère génitale, nous citerons deux

statistiques importantes : celle de Fournier d'abord, puis celle de Lakaye.

Fournier, sur 249 cas, a trouvé les localisations suivantes :

- Chancres syphilitiques des grandes lèvres, 114 (45 %);
- Chancres syphilitiques des petites lèvres, 55 (22 %);
- Chancres syphilitiques de la fourchette, 38 (16 %);
- Chancres syphilitiques du col utérin, 13 (5 %);
- Chancres syphilitiques de la région clitoridienne, 10 (4 %);
- Chancres syphilitiques de l'entrée du vagin, 9 (4 %);
- Chancres syphilitiques du méat ou urètre, 7 (3 %);
- Chancres syphilitiques de la commissure supérieure de la vulve, 2 (1 %);
- Chancres syphilitiques du vagin, 1 (1/2) (1/249).

La statistique de Lakaye, faite à l'hôpital des Récollets de Liège, porte sur 173 cas, qui se répartissent de la façon suivante :

- Chancres syphilitiques des grandes lèvres, 44 (25 %);
- Chancres syphilitiques des petites lèvres, 36 (21 %);
- Chancres syphilitiques de la fourchette, 17 (10 %);
- Chancres syphilitiques du col utérin, 15 (9 %);
- Chancres syphilitiques de la région clitoridienne, 10 (6 %);
- Chancres syphilitiques de l'entrée du vagin, 5 (3 %);
- Chancres syphilitiques du méat ou de l'urètre, 8 (4 %);
- Chancres syphilitiques de la commissure supérieure de la vulve, 3 (2 %);
- Chancres syphilitiques de la région vulvaire, 20 (11 %);
- Chancres syphilitiques du vagin, 16 (9 %).

« Les chiffres de cette statistique, dit Lakaye, sont à peu de chose près superposables à ceux de Fournier, sauf pour les chancres du vagin, où nous trouvons 9 p. 100, alors que Fournier ne renseigne que 1 cas sur 249, et encore n'en est-il pas bien certain, puisqu'il ajoute un point d'interrogation. »

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Dans ce chapitre, nous publions 8 observations inédites de chancres du vagin recueillies à Bordeaux.

La provenance de ces observations est la suivante : 7 ont été prises dans le service de M. le Professeur agrégé Joulia; 6 à l'hôpital de la Salubrité; une seule au dispensaire antivénérien.

L'observation III, une des plus intéressantes, est due à l'obligeance du Docteur Paul Léonard, médecin du dispensaire de Salubrité de la ville.

Nous avons classé ces observations selon le type clinique que présentait le chancre du vagin considéré.

Les observations I, II, III présentaient le type néoplasique.

L'observation IV, d'un diagnostic difficile, avait le type d'une lésion traumatique banale.

Les quatre dernières observations présentaient le type ulcéreux avec une induration peu marquée.

Quatre observations concernent des prostituées officielles. Deux concernent des femmes sans profession, qui se livraient néanmoins sans réserves à la prostitution. Deux seulement ont trait à des femmes qui travaillaient : l'une était cuisinière et l'autre était serveuse.

Dans quatre observations (I, III, IV, V), un chancre du vagin unique constituait la seule lésion syphilitique.

Dans les observations VI et VIII il y a deux chancres du vagin accompagnés eux-mêmes d'autres accidents primitifs.

Dans l'observation II le chancre du vagin est accompagné d'accidents primitifs ayant d'autres localisations.

Enfin dans l'observation VIII coexistent avec le chancre du vagin des accidents secondaires multiples.

Au point de vue du siège, le chancre siège dans le tiers antérieur (observations I, II, III).

Dans le tiers moyen (ce qui est une localisation exceptionnelle d'après les auteurs), dans les observations IV et V.

Dans l'observation VII le chancre se trouve dans le tiers postérieur.

Enfin, dans les observations VI et VIII il existe chaque fois deux chancres dans le tiers postérieur du vagin. Il est à noter que la moins récente de ces observations date de 1925; c'est ce qui explique pourquoi, dans tous les cas, le diagnostic clinique ayant été aidé ou confirmé par des recherches de tréponèmes ou des examens de sang, le plus souvent par ces deux procédés réunis, ces observations acquièrent de ce fait une valeur scientifique plus considérable.

OBSERVATION I (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé JOURIA.)

Chancre du vagin à type néoplasique avec adénite inflammatoire.

Une prostituée de 30 ans, P... (A.), entre le 17 février 1930, à l'hôpital de la salubrité, pour un accident primitif pseudo-néoplasique (à type de néoplasme ulcéré) de la partie antéro-supérieure du vagin, s'accompagnant d'une adénite inguinale gauche à type inflammatoire.

Au retour d'un séjour en Espagne, cette femme a passé la visite sanitaire à Bordeaux, le 12 février, sans que l'on ait remarqué la moindre lésion.

Le 15 février, elle remarque dans l'aîne gauche une petite tuméfaction indolente, aussi bien spontanément qu'à la pression. Dans la journée elle constate des pertes jaunes qui tachent le linge et l'obligent à se garnir par deux fois. Le lendemain 16, la tuméfaction devient douloureuse spontanément à la pression et sur-

tout à l'occasion du moindre mouvement. La malade reste au repos toute la journée et dès le lendemain va à la visite où l'on constate l'existence d'une adénite inguinale gauche volumineuse, avec réaction inflammatoire et une ulcération de la paroi supérieure du vagin de consistance cartilagineuse, reposant sur une base indurée. Elle est dirigée aussitôt sur l'hôpital de la salubrité.

A son entrée à l'hôpital, on constate une volumineuse adénite inguinale du côté gauche, avec réaction inflammatoire douloureuse spontanément à la pression, au moindre mouvement, gênant considérablement la malade qui ne marche que difficilement. La palpation, bien que rendue difficile par la douleur et l'empâtement, permet de constater un gros ganglion du volume d'une noix, qui paraît être le siège de la réaction inflammatoire, entouré de ganglions plus petits.

A droite il existe une légère adénopathie sans caractères inflammatoires.

L'examen de l'appareil génital ne montre aucune lésion des organes génitaux externes. Par contre, à l'aide du spéculum, on aperçoit sur la partie supérieure et antérieure du vagin, à 2 à 3 centimètres de l'isthme, une ulcération de la taille d'une pièce de 1 franc, aux bords réguliers, légèrement surélevés, à fond rouge, légèrement mamelonné, laissant exsuder une abondante sérosité. On ne trouve aucune autre lésion sur toute l'étendue du vagin ou du col utérin.

Au toucher vaginal, l'ulcération, de consistance dure cartilagineuse, donne absolument l'impression d'un néoplasme ulcéré reposant sur une base indurée. Celle-ci s'étend à une certaine distance de l'ulcération.

L'ultra-microscope montre la présence de nombreux tréponèmes, tandis qu'une réaction de Bordet-Wassermann donne un résultat douteux. Après quatre injections de cyanure de mercure, le Bordet-Wassermann devient nettement positif, puis on commence un traitement par le novarsénobenzol.

Le 6 mars, après trois injections de ce produit, la lésion est beaucoup plus facilement mobilisable sur les plans profonds.

Le 10 mars, l'injection de 60 centigrammes de novarsénobenzol provoque, deux heures après, des vomissements et de la température à 39°2, et le 11 mars, à 8 heures du matin, des frissons, des vomissements bilieux et sanguins, température à 39°2, état syncopal.

Le 27 mars, après un traitement à l'arsaminol, le chancre vaginal est cicatrisé, l'induration a très nettement diminué.

Le 3 avril, renvoi de la malade, dont le chancre ne présente plus qu'une cicatrice et ont l'adénite inguinale, ayant perdu ses caractères inflammatoires, se présente sous la forme de petits ganglions durs, mobiles, indolores, roulant sous les doigts.

La malade devra continuer à se faire soigner au dispensaire.

OBSERVATION II (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

Chancre du vagin à type néoplasique. — Chancre de la petite lèvre gauche. — Chancre du méat.

Mme T... (M.), 21 ans, sans profession, vit depuis deux ans avec un malade traité au dispensaire pour syphilis récente. Elle présente depuis quinze jours deux gros ganglions inguinaux à gauche, un peu de métrite et sa gorge est un peu rouge.

Le 6 décembre 1930, la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Elle revient le 11 décembre 1930 au dispensaire où elle est examinée par M. le Professeur Joulia.

La malade présente trois accidents primitifs : l'un siège à la face interne de la petite lèvre gauche, au-dessous du clitoris. Il présente un aspect anormal : il est très allongé, mesure environ 1 cm. 5 de longueur et 3 millimètres de largeur. Il s'agit d'une érosion d'aspect blanc grisâtre qui laisse suinter abondamment une sérosité claire; il présente une induration diffuse manifeste avec un gros œdème de la région clitoridienne.

Le deuxième accident primitif siège un peu au-dessous du méat, il saignote, sa forme est un peu irrégulière, il est petit, il

incise une caroncule, et s'accompagne d'une induration de consistance cartilagineuse de cette partie du méat.

Le troisième accident commence à 4 cm. 5 du vestibule; il est développé de manière symétrique sur la face antérieure du vagin. C'est une ulcération cratériforme, ovale, qui mesure environ 2 centimètres de diamètre sur 1 centimètre; le fond est jaunâtre, recouvert d'un enduit d'aspect sanieux. Le contour est un peu surélevé. L'induration est ferme, néoplasique.

On note une polyadénopathie inguinale assez volumineuse, surtout marquée à gauche.

Le 12 décembre, une réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive. La malade est soumise au traitement par une série d'injections intraveineuses de novarsénobenzol à doses progressivement croissantes de 0 g. 15 à 0 g. 75, cette dernière est répétée trois fois.

Le 19 février, les lésions sont complètement cicatrisées. La malade continue néanmoins à suivre un traitement prolongé.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur LÉONARD.)

Chancres géants du vagin à type néoplasique.

Mlle V..., cuisinière, 24 ans, se présente à notre consultation le 24 avril 1925.

Souffrant du vagin depuis plusieurs semaines, elle s'était confiée à sa patronne, qui vient de la faire examiner par son propre accoucheur. Celui-ci me l'adresse pour diagnostic.

L'examen de la zone génitale ne révèle rien, ni sur les grandes lèvres, ni sur les petites lèvres. L'orifice vaginal rouge, congestionné, laisse suinter un écoulement sanguinolent. Aucune ulcération n'étant apparente extérieurement, on veut placer un spéculum, mais son introduction est rendue impossible par l'importance des lésions, que la distension de l'ostium vaginal permet alors d'apercevoir.

On a l'impression que l'entrée du vagin est obstruée par une masse bourgeonnante et saignant facilement.

Le toucher seul permet d'en apprécier les caractères : le doigt se fraye péniblement un passage, tant le vagin est rétréci et l'examen douloureux, à travers une masse de dureté ligneuse qui l'enserme de tous les côtés.

Cette masse bourgeonnante, de bourgeons plutôt durs qu'on sent ulcérés par places, s'étend circulairement sur tout le tiers antérieur du vagin et le doigt perçoit au delà une sensation de liberté relative. Par ailleurs on trouve une légère adénopathie inguinale non douloureuse, mobile, mais rien sur les téguments ni dans la bouche. L'état général de la malade est excellent.

Les caractères locaux rappellent absolument ceux d'un cancer du vagin, cancer qui serait à la fois infiltré annulairement et végétant. L'âge de la malade, le début tout récent des lésions, l'absence de fétilité marquée de l'écoulement, l'état général excellent, font écarter immédiatement ce diagnostic et penser plutôt à un chancre induré du vagin.

L'interrogatoire confirme cette opinion : on apprend, en effet, que le début des lésions date de un mois à peine et a suivi de trois semaines environ un coït que les indications de la malade permettent de considérer comme le coït infectant.

Un Bordet-Wassermann le jour même est positif + + + +. Il n'est pas fait de recherche de tréponèmes. La malade, adressée au dispensaire et mise en traitement aussitôt, reçoit en avril-juin 1925 4 g. 50 de novarsénobenzol (crise nitroïde grave) et 4 injections de bismuth. Dès les premières injections, on voit fondre littéralement la masse vaginale, et quinze jours à trois semaines après, la paroi a retrouvé toute sa souplesse.

En avril 1925, le Bordet-Wassermann est négatif. Cette malade traitée régulièrement jusqu'en 1927 par des séries alternées de bismuth et de sulfarsénol, a tous ses Bordet-Wassermann négatifs, sauf en décembre 1925.

Elle a accouché, fin 1927, d'un gros garçon qui, suivi jusqu'à l'âge de 6 mois, paraît bien portant.

Il s'agit bien là d'une observation indiscutable de chancre géant du vagin, à forme particulièrement intéressante, en raison du diagnostic différentiel à faire avec un néoplasme.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

Chancre du vagin à aspect de lésion traumatique banale.

B... (G.), 26 ans, sans profession, entre à l'hôpital de la salubrité le 5 février 1930; examinée dès son entrée, on constate qu'elle présente sur la face postérieure du vagin, environ au tiers moyen, une ulcération chancriforme de l'étendue d'une pièce de 50 centimes environ.

C'est une lésion arrondie, sécrétant peu, indolore. Le toucher ne permet pas de sentir une induration caractéristique.

Il n'existe pas de ganglions dans les aines.

La malade n'a pas de phénomènes généraux, ni fièvre ni fatigue.

Devant l'aspect de la lésion, le diagnostic est hésitant entre chancre du vagin et lésion traumatique banale; aussi, en défendant tout traitement local irritant susceptible de modifier la lésion, on se borne à faire un examen ultra-microscopique et une prise de sang pour examen sérologique. Or le laboratoire ne trouve pas de tréponèmes et la réaction de Bordet-Wassermann est négative. Néanmoins, à cause de l'aspect de la lésion, pour éviter des contaminations possibles, la malade est gardée en observation.

Le 13 février on pratique de nouveau une nouvelle recherche de tréponèmes et une nouvelle réaction de Bordet-Wassermann. Ces deux examens sont encore négatifs.

Le 24 février, l'examen de la malade montre que la lésion n'a pas changé d'aspect. On fait une nouvelle recherche de tréponèmes et un nouvel examen sérologique et cette fois enfin, alors qu'il est encore impossible de déceler des tréponèmes sur le frot-tis, une réaction de Bordet-Wassermann franchement positive vient confirmer le diagnostic hésitant de chancre primitif du vagin.

Un traitement au novarsénobenzol est immédiatement institué et le 10 mars, après avoir reçu seulement deux injections de 0 g. 15 d'abord, puis de 0 g. 30 ensuite de novarsénobenzol, la lésion vaginale a très nettement régressé.

Le 17 mars, la malade, qui a reçu sa quatrième injection de novarsénobenzol, ne présente plus au vagin qu'une cicatrice blanche : elle est renvoyée le jour même, mais elle continuera à se faire traiter au dispensaire.

OBSERVATION V (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

Chancre du vagin à type érosif.

M... (J.), 23 ans, prostituée, rentre le 30 avril 1927 avec le diagnostic de chancre du vagin.

Elle avait déjà fait un séjour à l'hôpital de la salubrité en décembre 1925, alors qu'elle était domestique, parce qu'elle avait fait l'objet d'une plainte.

A cette époque elle est porteuse d'une infection blennorragique légère. Une réaction de Bordet-Wassermann faite à cette époque fut trouvée négative.

A sa rentrée l'examen est pratiqué, la malade n'a pas de signes cutanés, pas de ganglions cervicaux, aucune lésion des lèvres, rien à la gorge, mais il existe des ganglions inguinaux. L'examen des parties génitales externes ne montre rien d'anormal.

Au spéculum, le col est normal, mais l'on constate, vers « 7 heures », à 2 centimètres environ de la paroi vaginale du cul-de-sac, l'existence d'un chancre. C'est une ulcération grande comme une pièce de 1 franc, plane ou légèrement convexe, non anfractueuse, à bords non décollés, recouverte d'un enduit diphtéroïde.

Au toucher, elle est située à la partie moyenne du vagin. Elle présente une consistance parcheminée. La manœuvre du toucher est complètement indolore.

Le jour même, une recherche de tréponèmes par le procédé de Fontana-Tribondeau montre la présence de nombreux tréponèmes. On n'a pas vu de bacilles de Ducrey.

Une réaction de Bordet-Wassermann faite également le même jour est trouvée fortement positive.

Un traitement au novarsénobenzol est immédiatement institué en commençant à la dose de 0 g. 15, et le 4 mai, bien qu'elle n'ait reçu aucun traitement local, l'enduit diphthéroïde a disparu et la lésion apparaît comme une ulcération à l'emporte-pièce.

Le 7 mai, les ganglions inguinaux ont nettement diminué de volume.

Le 29 mai, la malade, qui a reçu 7 injections de novarsénobenzol à doses croissantes jusqu'à 0 g. 75, ne présente plus qu'une cicatrice nacrée, souple, à l'endroit de son chancre vaginal.

Elle est renvoyée à cette date et son traitement sera continué au dispensaire.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

Deux chancres du vagin à type ulcéreux. — Chancres de la petite lèvre gauche. — Chancre de la petite lèvre droite. — Chancre du col utérin.

T... (J.), 20 ans, serveuse, entre à l'hôpital de la salubrité le 25 avril 1930.

L'examen à son entrée à l'hôpital permet de faire les constatations suivantes :

A la gorge on remarque deux plaques opalines, l'une au pôle inférieur de l'amygdale droite et l'autre sur le voile au-dessus du pilier antérieur droit. Pas de ganglions cervicaux, pas de ganglions maxillaires, mais dans les aines il existe une adénopathie bilatérale très marquée, formée de gros ganglions durs, mobiles et indolores.

A l'examen gynécologique on remarque :

- 1° Un accident primitif induré, érosif, suintant, de la dimension d'un haricot, ovalaire, de la face interne de la petite lèvre gauche.
- 2° Une petite érosion légèrement cupuliforme de la face interne de la petite lèvre droite, de la dimension d'une tête d'épingle noire.
- 3° Un chancre arrondi, cupuliforme, sur la lèvre postérieure du col utérin, de la dimension d'un petit pois.

4° Dans le cul-de-sac postérieur, une érosion rouge, circulaire, grande comme une pièce de 50 centimes.

5° Sur la paroi latérale gauche et supérieure du vagin un chancre légèrement ulcéreux, rougeâtre, à fond grisâtre, ovalaire et de la surface d'une grosse amande.

Des frottis effectués avec de la sérosité qui suintait des chancres du vagin et de celui du col montrèrent de nombreux tréponèmes.

La malade est mise aussitôt au traitement; elle reçoit tous les jours pendant sept jours, un centigramme de cyanure de mercure par voie intraveineuse.

Puis on commence une série d'injections de novarsénobenzol à doses croissantes à partir de 0 g. 15 jusqu'à 0 g. 75. Arrivé à cette dose, toutes les lésions qui avaient régressé régulièrement sont devenues presque imperceptibles, il ne subsiste plus que de très petites cicatrices blanchâtres.

La malade continuera de suivre son traitement au dispensaire.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

Chancre du vagin à type ulcéreux. — Chancre du col.

B... (L.), 26 ans, prostituée, entre le 6 mai 1931 à l'hôpital de la salubrité pour plaques muqueuses vulvaires.

Elle présente, au niveau des grandes lèvres, des érosions lenticulaires légèrement érodées, non suintantes, à contours réguliers, qui ne sont autres que des plaques muqueuses de la vulve.

Au niveau du col, sur la lèvre supérieure, érosion annulaire à contours réguliers paraissant être un accident primitif du col.

Sur la lèvre inférieure, deux ou trois plaques légèrement hypertrophiques et érodées : ce sont des accidents primitifs secondaires ou des plaques muqueuses.

Sur la paroi latérale droite du vagin, au niveau de la partie supérieure, ulcération ovalaire à grand axe antéro-postérieur, à contours assez réguliers, à fond rouge légèrement induré au toucher. C'est un chancre du vagin vraisemblablement secondarisé.

Adénopathie inguinale bilatérale de type syphilitique.

Syphilides papuleuses des bras; pas de lésions au niveau de la gorge. Asthénie, amaigrissement. Perte de 12 kilos en trois mois.

Un examen ultra-microscopique fait avec la sérosité provenant des lésions du vagin et du col a montré de nombreux tréponèmes.

La malade reçoit chaque jour, pendant huit jours consécutifs, 1 centigramme de cyanure de mercure par la voie intraveineuse, puis, une stomatite mercurielle étant survenue, on institue un traitement à l'acétylsarsan.

Le 28 mai, la malade, ayant reçu 5 injections de 5 cc. d'acétylsarsan, est renvoyée, le chancre du vagin étant cicatrisé ainsi que les autres lésions.

Elle continuera à être traitée régulièrement au dispensaire.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

Deux chancres du vagin à type ulcéreux. — Deux chancres anaux. — Chancre du col utérin.

G... (Marie), 20 ans, prostituée, n'ayant eu aucun antécédent génital morbide, entre à l'hôpital de la salubrité pour des ulcérations suspectes du cul-de-sac antérieur droit et du col utérin. Elle est atteinte en même temps d'urétrite aiguë et d'annexite bilatérale légère.

L'examen pratiqué le 18 novembre 1929 révèle une augmentation de volume des ganglions inguinaux, des deux côtés, mais surtout à gauche, où un ganglion du volume d'une petite noix entouré de cinq ou six un peu moins gros roule sous le doigt.

Au spéculum, on voit, au niveau de la commissure droite du col utérin, mais ne se prolongeant pas à son intérieur, une érosion que recouvre un léger enduit jaunâtre, saignant au contact d'un tampon monté, ovalaire, de la surface d'un petit haricot, paraissant dans son ensemble un peu plus ferme que le reste du col : la branche d'une pince longue déprime assez difficilement cette surface érodée, tandis que la muqueuse saine se plisse autour d'elle.

Au niveau du cul-de-sac antéro-supérieur droit siège une petite ulcération lenticulaire recouverte du même enduit jaunâtre déjà décrit. Deux érosions rouges formant un certain relief, de consistance ferme, siègent dans les plis radiés de l'anus; elles laissent sourdre à la pression, qui est indolore et comme au niveau du col, une abondante sérosité.

Par ailleurs, rien à signaler : aucune lésion de la bouche et du pharynx, pas d'éruption cutanée, pas d'adénopathie cervicale, axillaire ou épitrochléenne. Aucun trouble pathologique des différents appareils examinés.

Une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée le même jour est négative.

Le 21 novembre, diverses recherches de tréponèmes sont faites et demeurent négatives. Le diagnostic clinique ne fait cependant aucun doute et on commence immédiatement le traitement par une série de novarsénobenzol intraveineux (0 g. 15, 0 g. 20, 0 g. 45).

A la date du 28 novembre, une nouvelle réaction de Bordet-Wassermann est franchement positive (+ + + + +). Au niveau des différentes lésions, pas de modifications sensibles.

Le 2 décembre, la malade présente une réaction d'Herxheimer, ou plutôt, à cause de son apparition tardive, un phénomène d'arséno-réactivation, les chancres anaux sont plus nettement surélevés, entourés d'une large collerette rouge délimitant ainsi leur contour, tandis que le centre est recouvert d'un enduit jaunâtre. La grande lèvre gauche est le siège d'un œdème localisé, dur, sensible à la pression, paraissant un relais lymphatique vers les ganglions déjà signalés plus haut; les lésions du col et du cul-de-sac sont elles-mêmes plus turgescents, leurs contours plus foncés. On continue le traitement au novarsénobenzol (0 g. 60).

Le 5 décembre 1929, même état de lésions anales. Le chancre cervical devient encore plus apparent, tandis que le centre recouvert d'un enduit moins épais, maintenant jaune grisâtre, est déprimé. Ses contours deviennent polycycliques et la zone circonférentielle, tendant vers la coloration rouge foncé, œdématiée, de consistance beaucoup plus ferme que le reste du col, occupe la moitié inférieure gauche de celui-ci.

Le chancre vaginal lui aussi a subi des modifications importantes, la zone circonférentielle turgescence, rouge foncé, rend plus évidente la partie centrale de forme ovale recouverte d'un épais enduit de couleur crème.

Enfin, en dépliant la paroi antérieure du vagin à son union avec la partie toute supérieure et antérieure du col, on découvre avec surprise une nouvelle ulcération lenticulaire recouverte d'un léger enduit jaunâtre.

Le 9 décembre, le chancre du col et ceux du vagin ont subi une amélioration remarquable; ils sont moins saillants, moins rouges à leur périphérie, moins étalés. Le processus de cicatrisation semble très rapide, peut-être moins accentué au niveau de l'anus; la grande lèvre est beaucoup moins volumineuse (ceci après la quatrième injection de novarsénobenzol de 0 g. 75).

Le 16 décembre, disparition totale des chancres du vagin et du col : à leur niveau cependant et surtout à la place de la lésion cervicale, persiste une surface plus sombre que le reste de la muqueuse qui a une consistance absolument normale. Le chancre anal est en voie de guérison; l'œdème de la grande lèvre a presque disparu; l'adénopathie a sensiblement diminué, si bien que le 19 décembre on ne trouve plus qu'une érosion insignifiante de l'anus et qu'on laissera sortir la malade de l'hôpital trois ou quatre jours plus tard. La malade continuera son traitement au dispensaire.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE DU CHANCRE SYPHILITIQUE DU VAGIN

Avant de commencer ce chapitre, nous allons rappeler les caractères cliniques de cette lésion, tels que les a mentionnés Fournier dans son *Traité de la syphilis*. « Dans les quelques cas bien authentiques qu'on en possède, dit-il, on les a vus constitués par des lésions érosives, le plus habituellement solitaires, arrondies, larges comme une pièce de 20 centimes ou de 1 franc, parcheminées ou foliacées de base, sécrétant peu, absolument indolentes, dépourvues de tout symptôme fonctionnel, évoluant d'une façon spontanée et rapide vers la cicatrisation et enfin disparaissant sans laisser de traces. Leur adénopathie se fait pour ceux du segment antérieur dans les ganglions de l'aîne et pour ceux du segment postérieur dans les ganglions du petit bassin. »

Nous allons passer maintenant en revue un à un ces principaux caractères en les appliquant à nos observations et aux cas intéressants qui sont signalés dans la littérature médicale.

Nombre. — Le caractère d'unicité donné au chancre syphilitique et accepté longtemps comme très important est en réalité des plus inconstants. Nicolas, dans son travail sur la syphilis, écrit : « L'unicité, donnée autrefois comme un caractère essentiel du chancre syphilitique, est loin d'être une règle absolue; en réalité, une fois sur trois en moyenne, les chancres syphilitiques sont multiples. On compte assez souvent deux ou trois chancres. »

Dans la moitié de nos observations seulement un chancre solitaire du vagin est la seule lésion syphilitique.

Dans deux cas, il existe deux chancres du vagin associés à d'autres accidents primitifs.

Dans les deux autres cas, il n'y a qu'un chancre du vagin, mais avec lui existent d'autres accidents primitifs dans la sphère génitale.

Rille, dans une statistique importante portant sur 21 cas, a trouvé un accident unique du vagin dans 10 cas seulement et parmi ceux-ci il y avait dans 7 cas des chancres des organes génitaux externes et du col utérin.

Dans 3 cas, il y avait 2 chancres du vagin;

Dans 2 cas, il y avait 3 chancres du vagin;

Dans 1 cas, il y avait 4 chancres du vagin;

Dans 2 cas, il y avait 6 chancres du vagin;

Dans 2 cas, il y avait 7 chancres du vagin;

Dans 1 cas, il y avait 9 chancres du vagin.

Et Rille explique cette multiplicité de la manière suivante :
« Le chancre du vagin est manifestement si rare, parce que les conditions requises pour une inoculation primitive du vagin ne se trouvent pas souvent réalisées; qu'elles se trouvent cependant réunies à chaque cas, le virus infectant doit alors réussir à s'accrocher à de multiples endroits du conduit vaginal. »

Forme. — Généralement arrondie, en forme de cercle ou d'ovale, cette lésion peut présenter un bord irrégulier.

Etendue. — Peut varier de quelques millimètres de diamètre à la largeur d'une pièce de 5 francs.

Aspect. Couleur. Sécrétion. — Il présente ordinairement l'aspect d'un chancre induré ordinaire, à fond chair musculaire. Il peut aussi présenter un fond grisâtre ou jaunâtre dû vraisemblablement à l'humidité de la région où il est situé et à la macération qui en résulte.

C'est en général une perte de substance plane, assez souvent un peu creuse, enfoncée et tout à fait exceptionnellement surélevée, à surface lisse, d'un rouge brun foncé, souvent luisante comme vernissée avec un suintement séreux plus ou

moins apparent. Quand il existe un enduit, celui-ci est fortement adhérent à la profondeur. Quelquefois la surface du chancre se met à saigner après le traumatisme du spéculum.

L'aspect néoplasique avec bourgeons charnus du chancre de notre observation III est tout à fait exceptionnel.

Induration. — Elle est extrêmement variable. Tantôt elle est très accusée, tantôt, au contraire, elle n'existe pas de façon appréciable.

Le Professeur Nicolas écrit d'ailleurs à ce sujet que « ce signe de l'induration n'est pas absolument constant et parfois le chancre syphilitique reste à peu près souple ».

Dans nos observations I, II, III, il existait une induration très marquée à caractère néoplasique.

Dans l'observation IV, il a été impossible de percevoir la moindre induration.

Dans les observations V, VI, VII et VIII, il existait une légère induration donnant au doigt l'impression du cartilage ou du parchemin.

Symptômes fonctionnels. — Le chancre syphilitique du vagin est indolent, il ne provoque aucune espèce de douleurs ou de troubles fonctionnels. On peut le toucher, le presser avec le spéculum sans que la femme manifeste la moindre douleur.

Dans notre observation III, cependant, c'est parce qu'elle souffrait du vagin que cette jeune cuisinière s'était décidée à se confier à sa patronne et à se faire examiner ensuite par un médecin, mais c'est un cas absolument exceptionnel et qui s'explique par le développement inaccoutumé du chancre.

Adénopathie. — « L'adénopathie syphilitique primaire, satellite du chancre, correspond au ganglion du territoire sur lequel s'est développé le chancre. »

On la trouve dans l'aîne quand le chancre a son siège dans le tiers antérieur du vagin et dans les ganglions du bassin quand il siège dans les deux autres tiers.

Cette adénopathie est constituée par un ou plusieurs gan-

glions augmentés de volume, durs, mobiles et indolores. Ceci est la règle, mais, dans notre observation I, un chancre du tiers antérieur du vagin a pu donner une adénite inflammatoire due peut-être à une association microbienne qui a, du reste, rétrocedé parfaitement par le traitement antisypilitique.

Durée et terminaison. — La durée est variable, le chancre induré a la réputation de guérir rapidement, même spontanément, mais, sous l'influence d'un traitement intensif, l'épidermisation du chancre peut être obtenue en une dizaine de jours. Le plus souvent au bout de trois semaines à un mois la muqueuse a repris son aspect normal.

Le chancre observé par Nielsen aurait duré plus de trois mois.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DU CHANCRE INDURE DU VAGIN AVEC LES AUTRES LÉSIONS

On peut confondre le chancre syphilitique avec :

- Un chancre mou;
- Une ulcération traumatique banale;
- Une ulcération cancéreuse ulcérée;
- Une ulcération tuberculeuse;
- Une érosion de vaginite;
- Une érosion herpétique;
- Une syphilide ulcéreuse.

Diagnostic avec le chancre mou. — En effet, le chancre syphilitique et le chancre mou ont des caractères communs : tous deux ont une marche rapide et spontanée vers la guérison, tous deux ne présentent aucun symptôme fonctionnel (l'indolence du chancre mou n'existe que dans le vagin); néanmoins ils se distinguent très nettement l'un de l'autre.

Le chancre mou ne présente aucune induration, tandis que le chancre syphilitique est induré dans la majorité des cas. Mais plus important pour le diagnostic est l'aspect même de la lésion. Le chancre simple a l'aspect d'un ulcère vrai, creux, excavé, à fond inégal, anfractueux. Le chancre syphilitique a l'aspect d'une papule plate à peine érosive. Les bords dans le chancre simple sont décollés, taillés à pic, abrupts; ils sont arrondis, peu élevés et se continuent sans interruption dans le chancre syphilitique.

Dans le premier, le fond est inégal, anfractueux, à teinte

jaune sale; dans le second, il est rouge, « chair musculaire ».

Le premier a une sécrétion relativement abondante, sa-
nieuse et faite de pus véritable; le second ne sécrète qu'en
faible quantité une sérosité légèrement rosée.

Autrefois, pour confirmer un diagnostic encore hésitant,
on pratiquait l'auto-inoculation. Aujourd'hui, on pratique la
recherche du bacille de Ducrey et des tréponèmes.

Le diagnostic étant fait, il faudra surveiller la malade pour
dépister tout au début l'apparition possible d'un chancre
mixte. Or, d'après MM. Thibierge et Legrain, qui ont systé-
matiquement recherché chez leurs malades l'induration de la
base et le retentissement ganglionnaire, il arrive qu'on ne
parvienne pas à déceler les modifications de l'ulcération et
que les accidents secondaires apparaissent sans que l'on se
soit méfié de leur éclosion possible et que le malade perde
ainsi le bénéfice qu'il eût retiré d'un traitement précoce.

En conséquence, il ne faut pas se contenter de rechercher
le bacille de Ducrey, mais aussi le tréponème et le signe de
la séro-réaction.

Diagnostic avec l'ulcération traumatique banale. — Le plus
souvent la notion d'un coup, les commémoratifs fixeront le
diagnostic, mais dans certains cas, comme dans notre obser-
vation IV, le diagnostic est hésitant, car le chancre syphili-
tique n'est parfois pas induré et, d'autre part, une lésion
banale irritée par des applications intempestives de pro-
duits irritants peut le devenir. Dans ce cas, il faut suspendre
tout traitement local, rechercher les tréponèmes et faire des
examens de sang périodiquement.

Diagnostic avec l'ulcération cancéreuse. — Dans l'obser-
vation IV, ce chancre du vagin du tiers antérieur simulait
tout à fait un néoplasme, mais il s'agissait d'une femme jeune,
qui n'avait ni hémorragie ni d'écoulement fétide par la
vulve, ce qui est l'inverse de ce que l'on observe dans les
cas de cancer du vagin. Pour aider au diagnostic, on peut

faire une recherche des tréponèmes et au besoin même une biopsie.

Diagnostic avec ulcération tuberculeuse. — Ces dernières sont souvent douloureuses et coexistent souvent avec une tuberculose utérine ou pulmonaire. En cas de doute, on pratique un examen histologique et une inoculation au cobaye.

Diagnostic avec érosion de vaginite. — La douleur, la supuration abondante, l'inflammation de la muqueuse vaginale feront faire le diagnostic.

Diagnostic avec une érosion herpétique. — On tiendra compte du caractère prurigineux de la lésion qui s'accompagne de phénomènes inflammatoires.

« Les érosions herpétiques, dit Fournier, sont constituées par une série de petits segments de circonférence, ce qui tient à ce que la plaie totale résulte de la fusion de plusieurs petites plaies circulaires : cette disposition est pathognomonique de l'herpès. »

Le plus souvent, la malade interrogée dira qu'elle a eu des herpès menstruels répétés. L'herpès profus de la jeune mariée récemment déflorée, pourrait cependant prêter à confusion.

Diagnostic avec une syphilide ulcéreuse. — On tiendra compte de l'aspect de la lésion, qui n'est pas le même, de la notion d'un chancre antérieur, des accidents concomitants. Si une recherche de tréponèmes est positive en même temps qu'un Bordet-Wassermann négatif, on pourra affirmer la nature primaire de l'accident actuel.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Etudier d'une façon détaillée le traitement du chancre du vagin reviendrait à passer en revue tous les procédés décrits pour traiter l'accident primaire de la syphilis en général. Telle n'est pas notre intention; nous voulons seulement indiquer quelles doivent être les caractéristiques essentielles du traitement du chancre du vagin en général et nous terminerons ce chapitre en essayant de déterminer quelle devrait être l'attitude d'un médecin s'il se trouvait devant le cas d'une femme ayant contracté un chancre du vagin tout récemment et sur le point d'accoucher.

Et d'abord, existe-t-il un traitement prophylactique du chancre du vagin ? Il est bien certain que la meilleure manière d'éviter la contamination consiste dans l'abstention de relations sexuelles avec tout sujet atteint de lésions syphilitiques en évolution; mais les prostituées, pour lesquelles les rapports sexuels sont un gagne-pain, sont-elles capables de dépister une lésion syphilitique contagieuse dans le cas où elles consentiraient à perdre un de leurs clients ?

Il est plus logique de recommander aux femmes d'éviter les écorchures de leur muqueuse vaginale, de ne pas pratiquer des coïts par trop nombreux.

Après un rapport suspect, des soins de propreté immédiats et minutieux, lavages à l'eau chaude et au savon, injections vaginales antiseptiques, peuvent éviter la contamination. L'usage de condoms, chez le partenaire, qui supprime le contact direct des muqueuses, est à conseiller.

Mais si, malgré ces procédés, la contamination ayant eu lieu, un ou plusieurs chancres se développent, ils doivent être traités d'une façon précoce, énergique et prolongée.

Dire que le traitement doit être précoce revient à dire qu'il faut dépister les chancres du vagin dès le début, et ceci n'est possible, étant donnée l'indolence habituelle de ces lésions, que grâce à un examen minutieux et systématique au spéculum des prostituées. Du reste, dans beaucoup de villes, cet examen a lieu régulièrement toutes les semaines.

Nous ne voulons pas nous étendre sur le traitement d'attaque. On peut employer le novarsénobenzol en injections intraveineuses en commençant par la dose de 0 g. 15; on augmente de 0 g. 15 à chaque nouvelle injection hebdomadaire, si les doses précédentes ont été bien supportées. On ne dépasse pas 0 g. 90, mais on peut répéter cette dernière dose trois ou quatre fois.

A l'heure actuelle, on emploie aussi avec succès les injections de sels de bismuth, et de préférence de sels solubles comme le bivatol, en injections intramusculaires, deux fois par semaine. La série comprend 15 injections en moyenne.

Mais ce qu'il importe de savoir, c'est que chaque traitement doit être modifié selon les réactions de la malade, selon son état général. Souvent on est obligé d'avoir recours à un nouveau médicament qui sera mieux supporté.

Après le traitement d'attaque, il convient de faire un traitement d'entretien à doses suffisantes, qui sera prolongé pendant trois ans au minimum si la syphilis a été traitée à la période présérologique; pendant quatre ou cinq ans et même quelquefois plus longtemps si les accidents secondaires étaient déjà apparus.

Dans tous les cas il y a toujours intérêt à changer souvent de médicaments et d'alterner l'arsenic, le bismuth et le mercure.

Il est utile de suivre les réactions humorales des malades par des examens de sang faits d'une façon périodique.

Enfin, si le cas se présentait d'un chancre induré du

vagin chez une femme enceinte, le praticien devrait songer aux possibilités de contamination du nouveau-né par sa mère au cours de l'accouchement; car si la mère ne devient syphilitique qu'au huitième ou neuvième mois, l'enfant naît presque toujours indemne.

Il faudrait, dès la dilatation complète, extraire l'enfant en lui faisant franchir aussi rapidement que possible la zone dangereuse et le nettoyer aussitôt avec une solution antiseptique appropriée.

Si notre malade de l'observation III avait été à terme au moment où son chancre du vagin présentait son maximum de développement, il aurait été, à n'en pas douter, une cause importante de dystocie et aurait déterminé sans doute une déchirure étendue du vagin et du périnée. Peut-être que l'opération césarienne basse aurait été indiquée dans ce cas pour prévenir les délabrements des tissus maternels et pour obtenir un enfant vivant et indemne de syphilis.

CONCLUSIONS

I. — Actuellement, on diagnostique beaucoup plus de cas de chancres syphilitiques du vagin que du temps de Fournier.

II. — La plupart des cas de chancres du vagin observés et signalés concernent des prostituées officielles, c'est-à-dire des femmes soumises à un examen au spéculum pratiqué systématiquement une fois par semaine en général.

III. — En face d'une lésion ressemblant à un chancre du vagin, il faut confirmer un diagnostic hésitant par la recherche des tréponèmes et par une séro-réaction, celle de Bordet-Wassermann, par exemple, contrôlée au besoin par une autre méthode, Vernes, Meinicke, Kahn.

IV. — On doit traiter les chancres du vagin selon les procédés actuels de traitement de la syphilis, c'est-à-dire d'une façon précoce, intensive et prolongée.

V. — Il faut rappeler aux médecins et aux sages-femmes qu'ils ne doivent pas pratiquer le toucher vaginal sans gants stériles. A main nue, en effet, ils risquent de se contaminer eux-mêmes et d'être les agents de transmission d'une syphilis ignorée.

VU : *Lg Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 7 décembre 1932.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

RICORD. — Mémoire sur quelques faits observés à l'hôpital des vénériens. Mémoire de l'Académie royale de médecine, 1832, t. II, p. 161.

— Leçons sur le chancre, 1860.

CUILLERIER. — Précis iconographique des maladies vénériennes. 1860, p. 240.

MARTIN. — De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle. Thèse Paris, 1863.

ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, 1865, p. 672.

LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis. 1865, p. 81.

— Traité général de la syphilis. 1866.

FOURNIER (A.). — Leçons sur la syphilis de la femme. 1873, p. 69.

— Traité de la syphilis. 1899, t. I, p. 123.

JULIEN. — Traité des maladies vénériennes. 1875.

BELHOMME et MARTIN. — Traité théorique et pratique de la syphilis. 1876, p. 121.

CORNIL. — Leçons sur la syphilis. 1879.

DE SINETY. — Manuel pratique de gynécologie. 1879.

DESPRÉS. — *Arch. générales de méd.*, janv. 1889.

BINET. — Statistique. *France méd.*, janv. 1881.

PRIEUR. — La syphilis secondaire du vagin. Thèse Paris, 1881.

GARDILLON. — Essai sur le chancre du vagin. Thèse Paris, 1881.

CHARLOT. — Essai sur certaines ulcérations vaginales. Thèse Paris, 1893.

MAURIAC. — Traité de la syphilis. 1896, p. 495.

RILLE. — Über den syphilischen Primäraffekt in der vagina. Frankfurt a M., 1896.

- RILLE. — Über den syphilitischen primäraffekt in der vagina. *Dermatologische Wochenschr.*, 88, févr. 1929.
- GAUCHER. — Le chancre et les syphilides. 1907.
- GAUCHER et GIROUX. — Chancre syphilitique du col utérin. *Ann. des maladies vénériennes*, 1913, p. 334.
- GAUCHER. — La syphilis sans chancre chez la femme. *Ann. des maladies vénériennes*, 1917.
- HALLOPEAU et FOUQUET. — Traité de la syphilis. 1911.
- TESTUT. — Anatomie descriptive, t. IV, 1912.
- BOBBIE (J.). — Les chancres extra-génitaux chez la femme. *Ann. des maladies vénériennes*, 1914, p. 31.
- LEREDDE. — La syphilis ignorée. *Journal des praticiens*, nov. 1918, p. 415.
- NICOLAS. — Syphilis. T. IV, Nouveau traité de médecine, G.-H. Roger et Vidal, 1920.
- BELGODÈRE. — Sur un chancre du col. *Ann. des maladies vénériennes*, 1920, p. 716.
- SABOURAUD. — Urgence du diagnostic précoce du chancre induré. *Presse méd.*, avril 1920, p. 221.
- SPILLMANN. — De l'importance du diagnostic précoce de la syphilis. *Journ. de méd. et de chir.*, 1920, n° 7.
- Accident primitif à localisation exceptionnelle; chancre intravaginal. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 1926, p. 446.
- Le chancre mixte et son diagnostic. *Monde méd.*, 15 oct. 1921.
- LANCHA FAL. — Chancre syphilitique de la tête chez un nouveau-né contaminé pendant l'accouchement. *Ann. des maladies vénériennes*, 1919, p. 64.
- SWEND-LÖMHOLT. — Trois cas de contagion syphilitique au passage. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1921, p. 17.
- MÉYNET (P.). — Chancre primitif intravaginal. *Ann. des maladies vénériennes*, XVII, 1922, p. 614.
- LEUILLIER (P.). — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du vagin. Thèse Paris, 1923.
- DROUET. — Chancre du vagin. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 1924, R. N., p. 10.

JOULIA et LÉONARD. — Deux cas de chancre syphilitique du col de l'utérus. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, séance du 22 nov. 1929.

BLAZY. — Chancre induré du col utérin. Thèse Bordeaux, 1929.

VILLARD (E.) et J. GATÉ. — Chancre syphilitique géant de la paroi vaginale antérieure. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 18 juin 1931.

LAKAYE (R.). — Sur la fréquence du chancre syphilitique du vagin. *Ann. des maladies vénériennes*, sept. 1931, p. 635.

